（健保組合使用欄）

常務理事	事務長	主 任	担 当

ルネサス健康保険組合　御中

①※太枠内を記入してください。

任意継続被保険者 保険料返還請求書

下記理由により、既に納付しております資格喪失後の保険料を返還いただきますよう依頼申し上げます。

②			提出日	令和　６年　１２月　５日
③	記号・番号	８００　－　５４３２１		
④	被保険者氏名	健康　太郎	生年月日	昭和　４５年　６月　７日
⑤	住　　所	〒321-0001 東京都〇〇区〇〇一丁目２番３号 TEL　（　012　）－（　345　）－（　6789　）		
⑥	資格喪失日	令和　6　年　12　月　1　日		
⑦	返還理由（該当項目に〇）	(1.) 就職のため（勤務先で健康保険の被保険者資格を取得したため）		
		２．被保険者死亡のため		
		３．特例退職被保険者でなくなることを申し出たため（任意喪失）		
		４．その他（　　）		
⑧	返還先口座（a・bいずれかに〇、aの場合は口座情報も記入）	(a.) 下記口座　を指定する		
		金融機関	ルネサス　(銀行)、農・漁協　信用金庫、信用組合、労働金庫　ルネサス　(支店)　本店	
		銀行コード	2 2 2 2	支店コード　3 3 3
		預金種目	(普通)　・　当座	
		口座番号	右詰めでご記入ください　1 2 3 4 5 6 7	
		口座名義	カナ	ケンコウ　タロウ
			漢字	健康　太郎
		b. 公金受取口座　を利用する（マイナポータルで公金受取口座の登録が必要）		

返還先口座として公金受取口座を指定された場合、健保にてマイナポータルに登録された公金受取口座の情報を法に基づき取得させて頂きます。また、マイナポータルに公金受取口座の登録がなかった場合、振り込みが出来ませんのでご注意願います。

（健保組合使用欄）※記入不要

返　還　額　計　算　欄			
返　還　金（払戻）		還　付　金	
該　当　月		該　当　月	
基本保険料	円	基本保険料	円
特定保険料	円	特定保険料	円
調整保険料	円	調整保険料	円
介護保険料	円	介護保険料	円
計	円	計	円

合　計	円

◎任意継続被保険者が『任意継続保険者資格喪失申出書【T-221】』を提出し、資格喪失日以降納付済の保険料がある場合には、本申請書をご提出ください。

【被保険者記入・確認事項】

① 太枠内を正確に記入願います。

② 提出年月日を記入願います。

③ 被保険者の記号・番号を記入願います。

④ 被保険者の氏名、生年月日を記入願います。

⑤ 現住所と電話番号を記入願います。

⑥ 資格喪失日を正確に記入願います。

⑦ 該当する返還理由を〇で囲んでください。（その他の場合は、カッコ内に理由を記入願います。）

⑧ 返還金の振込先口座について、「a」または「b」を選択し、〇で囲んでください。

「a」を選択した場合

「振込先口座情報を（金融機関名、支店名、金融機関コード、支店コード、預金種目、口座番号、口座名義）をご記入ください。（ゆうちょ銀行可）

※返還理由が「被保険者の死亡」による場合は、権利承継者の方（『権利承継届【K-038】』で届出された方）の口座情報をご記入ください。）

【金融機関】	金融機関名、支店名、金融機関コード（4桁）、支店コード（3桁）を記入し、該当箇所を〇で囲んでください。
【預金種目】	該当するものに〇で囲んでください。
【口座番号】	右詰めでご記入ください。
【口座名義】	被保険者名義の口座ををご指定ください。（返還理由が被保険者死亡による場合は、権利承継者の方のお名前）

「b」を選択した場合

健保にてマイナポータルに登録された公金受取口座の情報を法に基づき取得させていただきます。また、マイナポータルに公金受取口座の登録がなかった場合は振込みが出来ませんのでご注意願います。

＜書類の送付先＞
〒187-8588
東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合　業務係